

Public health sector reform : the implementation of federal decentralisation in Sudan and its impact upon the sector of public health

Citation for published version (APA):

Elabassi, M. A. Y. (2003). *Public health sector reform : the implementation of federal decentralisation in Sudan and its impact upon the sector of public health*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20040122me>

Document status and date:

Published: 01/01/2003

DOI:

[10.26481/dis.20040122me](https://doi.org/10.26481/dis.20040122me)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 05 May. 2023

Samenvatting

Deze studie betreft een empirisch onderzoek naar de invoering van een federale bestuursstructuur (federale decentralisatie) in Soedan in de sector van de volksgezondheid (public health). De federalisatie dateert uit 1993. De probleemstelling omvat de volgende vragen:

Hoe verliep de uitvoering van de federale decentralisatie in de sector van de volksgezondheid in Soedan?

In hoeverre werden de doelstellingen van de federale decentralisatie in de sector van de volksgezondheid bereikt?

Welke factoren waren van invloed op de uitvoering van de federale decentralisatie in de sector van de volksgezondheid en dragen bij tot een verklaring van de tot dusver bereikte resultaten?

Soedan heeft al een lange geschiedenis op het terrein van de decentralisatie achter de rug. Sinds de onafhankelijkheid in 1956 volgden de plannen tot decentralisatie van het bestuur elkaar in hoog tempo op. Daarbij werd steeds weer een andere weg ingeslagen en veelal kwamen de veranderingen neer op centralisatie in plaats van decentralisatie van de bestuurlijke verhoudingen. Zo maakte de hervorming in 1960 (Provincial Act) een einde aan de autonomie van de lokale raden. De in 1969 aan de macht gekomen Nimeri voerde het eenpartijsysteem in, een stap met een sterke centraliserende werking. Verder werd er voor gekozen voor een stelsel van provinciale volksraden dat in de jaren tachtig werd uitgebouwd tot een systeem van regionale regeringen die met allerlei taken op het gebied van de sociaal-economische ontwikkeling werden belast, overigens zonder daartoe de benodigde financiële middelen te krijgen. Het centralistische karakter van het besturingssysteem kwam vooral tot uitdrukking in het feit dat het hoofd van de regionale regering door de President werd benoemd en ook aan hem verantwoording verschuldigd was. Voorts bestond er vanaf 1971 ook een systeem van regeringen op lokaal niveau maar hun autonomie werd steeds meer uitgehold.

Beziet men de ontwikkelingen tot aan het eind van de jaren tachtig, dan kan men niet anders concluderen dat er van de decentralisatie weinig is terechtgekomen en de bestuurlijke hervormingen geen enkele bijdrage hebben geleverd aan de aanpak van de problemen op het terrein van de volksgezondheid. Integendeel, zij verergerden deze problemen alleen maar.

Na een korte interimperiode met een burgerregering kwam in 1989 wederom een militaire regering aan de macht onder leiding van generaal Al-Bashier. Het nieuwe revolutionaire regime schafte alle politieke partijen af en voerde een verdere centralisatie in het landsbestuur door. Alle macht kwam te liggen bij een Militaire Hoge Raad onder voorzitterschap van de President (Al-Bashier). Toch was het diezelfde Al-Bashier die in 1993 de weg insloeg van een federalisering van het bestuur in Soedan. Volgens de plannen zou veel bestuursmacht worden gedecentraliseerd naar de deelstaten. Het aantal deelstaten werd uitgebreid van 9 naar 26. De federale decentralisatie had vooral tot doel om de legitimiteit van het nieuwe regime te ver-

sterken en om een einde te maken aan de burgeroorlog in het Zuiden. Om steun te winnen voor de nieuwe plannen en enige ruimte te bieden voor participatie van de bevolking in de besluitvorming (politieke partijen waren niet toegestaan) werd een aantal grote conferenties georganiseerd. Deze conferenties dienden primair een symbolisch doel. Het geheel resulteerde in een Alomvattende Nationale Strategie waarvan de Nationale Gezondheidsstrategie weer een onderdeel vormde.

In deze studie wordt de invoering van de beoogde federale decentralisatie in de sector van de volksgezondheid op drie verschillende niveaus geanalyseerd, namelijk het federale niveau, het niveau van de 26 staten en het lokale niveau. Er is dus sprake van een multi-level casestudy. Op federaal niveau werd een groot aantal politici en ambtenaren geïnterviewd. Op het niveau van de deelstaat werd eveneens met politici en ambtenaren in 16 noordelijke deelstaten gesproken. Verder werden vier deelstaten geselecteerd voor een onderzoek in de diepte. Deze staten waren: Khartoum, Gezeira, Kassala en Noord-Kordofan. Van deze vier deelstaten zijn de eerste twee relatief het meest welvarend. Zij hebben op grond van hun ligging ook de beste contacten met de machthebbers in Khartoum. Voorts is ook de invloed van de federale decentralisatie op de uitvoering van het Health Area Plan (HAP) op lokaal niveau geanalyseerd. Deze analyse bleef beperkt tot de vier voornoemde deelstaten.

Uit de analyse van de invoering van de nieuwe bestuursstructuur in de sector van de volksgezondheid op het niveau van de federale overheid komt het beeld naar voren dat er van de beoogde federale decentralisatie weinig is terechtgekomen. Hieruit kan worden afgeleid dat de doelstellingen van de federale decentralisatie in deze sector evenmin zijn bereikt. Het Federale Ministerie van Volksgezondheid faalde in alle opzichten om de federale structuur te laten slagen en om de deelstaten en het lokale niveau met het oog op een succesvolle invoering te faciliteren. Er bestond weinig steun om daadwerkelijk politieke beslissingsbevoegdheden en middelen aan lagere bestuurslagen over te dragen. In feite bleef sprake van een sterk gecentraliseerde bestuursstructuur. De federale overheid behield ook de zeggenschap over het merendeel van de financiële middelen. De beoogde aanpassing van de departementale structuur en de overheveling van expertise van het federale niveau naar het niveau van de deelstaten mislukte. Voorts bleek in de praktijk weinig terecht te komen van het fonds dat tot doel had om middelen van de rijkere naar de arme deelstaten te heralloceren. In feite profiteerden vooral Khartoum, Gezeira en Witte Nijl van dit fonds terwijl het nu juist niet voor deze deelstaten was bedoeld.

Ook op het niveau van de deelstaten was de invoering van de federale bestuursstructuur een mislukking. Hierbij moet worden bedacht dat een groot aantal deelstaten nieuw was en nog niet of nauwelijks over bestuurlijke ervaring en expertise beschikten. In feite, zo kan men betogen, vergde de beoogde federale bestuursstructuur een inspanning die in geen enkele verhouding stond tot de beschikbare mankracht en financiële middelen. De relatief welvarende staten die tevens relatief over veel bestuurlijke ervaring beschikten verkeerden in een veel gunstiger positie dan de nieuwe staten zonder financiële middelen, bestuurlijke ervaring en goede politieke contacten met het machtscentrum.

Uit de analyse blijkt dat ook op het niveau van de deelstaten weinig steun bestond voor de beoogde federalisering van de bestuursstructuur in de sector van de volksgezondheid. Deelstaten bleken niet of nauwelijks bereid om eigen middelen te steken in de versterking van de volksgezondheid op lokaal niveau. Het ontbrak de deelstaten ook aan voldoende gemotiveerd en gekwalificeerd personeel alsmede effectief politiek leiderschap dat streefde naar een succesvolle invoering. Daar kwam nog bij dat de volksgezondheid in Soedan zeker geen beleidsprioriteit is. De volksgezondheid ontbreekt het aan 'sex appeal'. De politieke leiders kunnen er niet mee scoren. Dit probleem deed zich overigens niet alleen voor op deelstaatniveau maar ook op het federale en lokale niveau.

Tenslotte werd de invloed van de federalisering op het HAP geanalyseerd. Dit programma dat al in 1990 in uitvoering werd genomen beoogde een geïntegreerd aanbod van basisgezondheidsvoorzieningen op lokaal niveau tot stand te brengen (in totaal telt Soedan 634 lokale overheden). Uit de analyse komt naar voren dat de uitvoering van het HAP onder meer vastliep op een gebrek aan middelen en voldoende gekwalificeerd personeel alsmede de afwezigheid van een sterke politieke wil om de uitvoering tot een succes te maken. Een ander opvallend resultaat was dat de politieke leiders en artsen in leidinggevende posities meer geneigd waren naar boven (het niveau van de deelstaat) te kijken dan naar het lokale niveau. Deze houding moet vooral worden gezien tegen de achtergrond van de centralistische bestuurscultuur in Soedan. Een 'verticale' opstelling vergroot de kansen op promotie en het verwerven van financiële en andere middelen.

In het onderzoek is ook aandacht besteed aan de verklaring voor het falen van de invoering van de federale bestuursstructuur. Daartoe is gebruik gemaakt van het model van Grindle voor de analyse van de invoering/uitvoering van beleid en de invloed hiervan op de beleidseffecten. In dit model wordt onderscheid gemaakt tussen drie clusters van factoren die op de beleidsinvoering van invloed zijn: het proces van beleidsvorming, de inhoud van het uit te voeren beleid en de context van de beleidsuitvoering.

Voor wat betreft het proces van beleidsvorming werd onder meer geconstateerd, dat met de federale decentralisatie in feite helemaal niet gemikt werd op een versterking van de beleidsvorming. De verborgen doelstelling was vooral de legitimiteit van het regime te versterken. Voorts valt het top-down karakter van de politieke besluitvorming op alsmede het daarmee samenhangende feit dat het parlement, belangengroepen en wetenschappers niet werden geconsulteerd. Andere problemen betroffen het irrealistische ambitieniveau en het gebrek aan effectieve incentives en sancties om een succesvolle invoering te bevorderen. Eigenlijk kan men stellen dat de politieke besluitvorming over de nieuwe bestuursstructuur plaats vond zonder een duidelijke notie van de aard en omvang van de invoeringsproblematiek op alle bestuursniveaus. Deze problematiek bleek volkomen verwaarloosd.

De inhoud van de beoogde federalisering belemmerde de invoering eveneens. De politici en ambtenaren in het Ministerie van het Volksgezondheid op federaal en deelstaatniveau achtten een overdracht van beslissingsmacht en middelen naar het

lagere niveau in strijd met hun particularistische belangen. Daar kwam nog bij dat de nagestreefde veranderingen in de bestuursstructuur door vele betrokkenen als radicaal werden ervaren. Het mislukken van de federale decentralisatie in de sector van de volksgezondheid hield ook verband met de lage prioriteit voor de volksgezondheid. Er bestond geen sterke lobby voor het belang van de volksgezondheid en voorzover zij bestond, was zij afkomstig van de medische professie. Andere factoren die bijdroegen aan de mislukking van de federalisering betroffen het grote aantal partijen dat bij de uitvoering betrokken was, de gebrekkige professionele achtergrond van de uitvoerende partijen op deelstaat en met name lokaal niveau en tenslotte het gebrek aan financiële middelen op lokaal niveau. Decentralisatie van beslissingsbevoegdheden zonder dat de lagere overheden beschikken over de benodigde personele, bestuurlijke en financiële middelen is per definitie gedoemd te mislukken.

Voor wat betreft de context van de invoering werd aandacht besteed aan de machtspositie, belangen en strategieën van de betrokken partijen. In feite werden door het politieke topniveau nauwelijks pogingen ondernomen om de invoering van de federale bestuursstructuur te bespoedigen. Politieke overwegingen bepaalden de selectie van politici en hoge ambtenaren. De staf van het Ministerie van Volksgezondheid op federaal en deelstaatniveau bleek vooral geïnteresseerd in eigen belangen. Voorzover reorganisaties plaatsvonden, dienden die vooral om de eigen mensen tevreden te stellen, bijvoorbeeld door uitbreiding van het aantal senior posities. Operationalisering van beleid, het tot stand brengen van een bestuurlijk en goed getraind kader op de lagere bestuursniveaus, het beschikbaar stellen van voldoende financiële middelen kregen nauwelijks serieuze aandacht. De sterke centralistische bestuursstructuur en cultuur op federaal niveau belemmerden een succesvolle invoering eveneens. De vraag kan worden opgeworpen of de politieke machthebbers ooit serieus van plan zijn geweest om daadwerkelijk een federalisering van de bestuursstructuur door te voeren. Tenslotte liep de uitvoering ook vast op een gebrek aan medewerking en soms actieve tegenwerking op alle bestuursniveaus. Op het lokale niveau liet de bekendheid met de decentralisatie eveneens vaak te wensen over.

Samenvattend, kan worden geconcludeerd dat de invoering van de federale decentralisatie in de sector van de volksgezondheid door toedoen van factoren op federaal, deelstaat en lokaal niveau als een mislukking moet worden beschouwd. Uit de mislukking van de invoering kan worden afgeleid dat de doelstellingen van de decentralisatie niet zijn bereikt. De decentralisatie heeft geen constructieve bijdrage geleverd aan de aanpak van de grote problemen op het terrein van de volksgezondheid.